

LA PROTECTION DE L'OUVRIÈRE ENCEINTE

ETUDE MÉDICO-SOCIALE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

COLCHER (Mihuel)

né le 11 Juin 1910, à Soroca (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. Président.	}	
		PERRIN, Professeur		Juges.
		MUTEL, Agrégé		
		MELNOTTE, Agrégé		

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

LA PROTECTION DE L'OUVRIÈRE ENCEINTE

ETUDE MÉDICO-SOCIALE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

COLCHER (Mihuel)

né le 11 Juin 1910, à Soroca (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. Président.	{	
		PERRIN, Professeur		
		MUTEL, Agrégé		Juges.
		MELNOTTE, Agrégé		

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$; WEISS, O $\star$, I $\odot$;
BOUIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$; DUFOUR, $\star$, I $\odot$; G. THIRY, $\star$, I $\odot$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHINSCHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\odot$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\odot$, $\odot$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\odot$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\odot$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Pronécutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Clinique pronécutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Pronécutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\odot$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\odot$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\odot$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\odot$.	DROUET, A $\odot$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	SIMONIN, A $\odot$.
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. RÉMY, I $\odot$; BUSOUEY, I $\odot$;
M. FAIRISSE, I $\odot$; BINET, $\star$, I $\odot$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$; LAMY, $\star$, I $\odot$.

M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET MA SŒUR

*Que mon cœur unit dans une même et
inaltérable tendresse.*

*A tous ceux qui m'ont apporté une aide morale
ou matérielle pendant mes années d'études*

Meis et Amicis

A notre Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR A. FRUHINSHOLZ

Professeur de Clinique obstétricale et accouchements
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il nous soit permis de le remercier pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse. Nous tenons également à lui exprimer notre gratitude pour la large contribution qu'il a apporté par ses leçons, à la Maternité de Nancy, à notre formation médicale.

A nos Juges:

M. LE PROFESSEUR M. PERRIN

Professeur de Thérapeutique
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont nous avons toujours suivi avec grand intérêt l'enseignement à la Faculté et à la Clinique. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chargé de Cours d'Anatomie et de Médecine légale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MELNOTTE

Officier de la Légion d'honneur

Merci d'avoir accepté de si bonne grâce de faire partie de notre jury.

A M. LE PROFESSEUR J. PARISOT

Professeur d'Hygiène et Médecine préventive
Commandeur de la Légion d'honneur

Dont nous regrettons vivement l'absence. Nous lui témoignons notre gratitude pour les conseils éclairés et les précieuses indications nous ayant permis de mener à bien notre travail.

INTRODUCTION

Protéger la femme enceinte de situation modeste, puis son enfant, dans cette période ingrate qui suit les couches et réclame des soins et des conseils éclairés, constitue une tâche sociale qui n'échappe à aucun pays civilisé. Sous l'égide de lois d'assistance, de protection, de prévoyance, l'état, le département, les communes ont un mandat solidaire et défini. Les entreprises industrielles et commerciales sont, d'autre part, soumises à des obligations légales en faveur de leur personnel. L'hygiène sociale, d'une façon générale, ne peut laisser indifférents les médecins praticiens. Il semble bien que la protection maternelle et infantile occupe dans ce domaine une place de premier plan par sa portée sociale et humanitaire.

Nous limiterons notre travail à la protection de la mère mais, nécessairement, nous la compléterons par quelques notions de protection de la première enfance. D'un autre côté, comme l'indique le titre même de notre thèse, nous nous occuperons uniquement de la protection de l'ouvrière enceinte, ayant surtout en vue l'ouvrière industrielle. Bien sûr, en étudiant les législations en vigueur, nous mentionnerons la protection en général de la femme enceinte appartenant

à la classe économiquement faible. Dans notre travail nous avons adopté le plan suivant : après un court chapitre sur l'évolution du travail féminin, et la façon dont se présente la question à l'heure actuelle, nous passons en revue l'influence des différentes professions sur la grossesse et le produit de conception et aussi les conséquences sociales qui en résultent. Ayant ainsi déterminé la nécessité d'une énergique protection de l'ouvrière enceinte, nous ferons l'étude comparée des différentes législations et enfin, nous suggérerons dans nos conclusions quelques mesures capables d'améliorer l'état actuel des choses.

ÉVOLUTION DU TRAVAIL FÉMININ

ACTUALITÉ DE LA QUESTION EN RAPPORT AVEC LA CRISE ÉCONOMIQUE

Que le travail soit une loi universelle à laquelle en tout temps, la femme n'échappe, pas plus que l'homme, c'est une vérité trop évidente pour qu'elle ait besoin de démonstration. Aussi bien, à l'heure actuelle, ne conteste-t-on aucunement le droit de la femme à une activité utile, étant donné que ce droit est plus généralement considéré sous l'aspect du devoir, dont les êtres humains essaient plus volontiers de se décharger les uns sur les autres que de s'en discuter l'attribution. En fait, de tout temps, une partie importante de la production est sortie des mains féminines; mais c'était autrefois le fruit d'un travail gratuit. Ce fut même dans les sociétés les plus primitives que les femmes monopolisèrent la production des objets nécessaires à la vie : le tissage des vêtements, la production agricole, etc. Dans les sociétés civilisées, elles-mêmes, tant que ces sociétés ont vécu sous le régime de l'économie familiale, ce sont les femmes qui, à l'intérieur du foyer, ont été par excellence des productrices de

tous les biens de consommation nécessaires aux groupes familiaux. Peu à peu, la production industrielle s'est substituée à la production artisanale; la fabrique, l'atelier collectif ont libéré les femmes des tâches auxquelles elles s'appliquaient précédemment. Cette révolution de l'organisation sociale entraîna comme conséquences inévitables la transformation de la ménagère en ouvrière salariée. On ne peut pas nier le rôle de motifs d'ordre psychologique dans cette transformation mais ce rôle fut infime en comparaison de celui joué par la pression des circonstances économiques. Que faire contre une telle évolution? Nous ne pouvons remonter le cours du temps et revenir à l'économie familiale du moyen-âge.

Souvent les rapports de concomitance sont facilement confondus avec des rapports de causalité, surtout dans les états de malaise, où c'est une sorte de soulagement pour ceux qui souffrent, que de trouver des responsables de leurs maux, certains ont cru voir dans l'accroissement du travail féminin une cause de la crise du chômage dans laquelle est venu s'abîmer le monde économique. On sait que le développement du travail féminin s'est accompli dans la seconde moitié du XIX^e siècle et que depuis le début de ce siècle le pourcentage de la population féminine active sur la population féminine totale est le même. La progression sensible pendant les dernières décades a été remarquée dans les pays qui ont subi avec retard l'évolution économique de la majorité des états européens. La suppression du travail féminin serait-elle un remède à la crise? On est frappé par le caractère contra-

dictoire de cette solution : pour résoudre une crise de chômage, c'est-à-dire un manque de travail, on propose de l'enlever à quelques-uns qui en ont. Pour accepter ce remède au chômage, il faut avoir accepté d'avance le postulat que seule la partie masculine de l'humanité jouit du droit au travail. L'intéressant article de M.^{le} DELAGRANGE (1) nous permet de citer les chiffres suivants :

37 % de travailleurs de France sont des femmes, dont les célibataires l'emportent de près d'un million sur les femmes mariées. Un questionnaire détaillé adressé aux surintendantes d'usines a donné le résultat suivant :

1° Les seuls ménages d'ouvriers qui ont un niveau de vie convenable sont ceux dans lesquels l'homme et la femme travaillent et où il n'y a pas plus de deux enfants.

2° La majorité écrasante des femme travaille parce que, célibataires, veuves ou divorcées, elles n'ont aucune autre ressource de vie.

3° Beaucoup de femmes mariées travaillent à la suite du chômage total ou partiel du mari, son service militaire, sa maladie ou sa paresse, et très peu travaillent pour embellir le logis ou se procurer des distractions.

Parmi le personnel féminin ainsi envisagé, 15 % au maximum seraient susceptibles de demeurer au foyer.

Une petite statistique, que nous avons faite aux archives de la maternité de Nancy, nous a donné les chiffres suivants :

(1) *Le travail des femmes mariées.*

170 ouvrières ont accouché à la maternité dans les derniers six mois. Parmi ces femmes, 90 sont primipares, 37 secondipares et 43 multipares.

53 primipares ont désiré cette grossesse;

37 (dont 15 célibataires) ne la voulaient pas.

16 secondipares ont désiré l'enfant;

21 (dont 6 non mariées) ne le désiraient pas.

6 multipares ont désiré l'enfant;

37 (dont 4 célibataires ou veuves) ne le désiraient pas.

Par conséquent, sur 170 femmes, 95 ne désiraient pas ou plus avoir d'enfants. Si nous ne tenons pas compte des 25 célibataires qui ont des raisons spéciales, nous devons conclure que le reste des 70 ouvrières ne désirait pas avoir d'enfants pour ne pas alourdir leurs budgets ou pour ne pas diminuer leurs gains.

Une famille ouvrière ne peut pas, par conséquent, équilibrer son budget avec les ressources du gain paternel. Ainsi la femme, malgré ses maternités, continue l'activité extérieure qui, souvent, la faisait vivre jeune fille. Elle a alors une double existence, exigeant d'elle, pour ne négliger aucun de ses devoirs, une somme de volonté, de savoir-faire, de courage, de travail, qui mérite les plus grands éloges, la plus grande admiration. Mais les conditions essentielles ne sont pas toujours remplies, les résultats n'apparaissent pas toujours satisfaisants.

Faut-il interdire uniquement à la femme mariée de travailler? C'est dans les conditions actuelles de la vie, compromettre la prospérité d'une famille, dimi-

nuer sa capacité d'achat et baisser son niveau de vie, sans parler des conséquences morales qui peuvent découler d'une telle mesure (union libre).

Il est un fait étonnant, c'est la direction qu'ont prise les attaques les plus violentes contre le travail féminin; elles ont porté surtout sur l'emploi des femmes dans les services administratifs, dans les travaux de bureau, travaux sans dangers pourtant pour l'organisme de la femme et vers lesquels il semblerait logique qu'une orientation professionnelle bien comprise dirigeait de préférence celles qui sont capables de les remplir. Cette question d'orientation professionnelle donne parfois matière à de curieuses constatations : lorsqu'on parle durant la crise d'efforts à faire en vue d'une meilleure orientation professionnelle des femmes, c'est presque toujours avec l'intention de déterminer une orientation plus massive vers les métiers domestiques; or les travaux domestiques ne sont pas tous des travaux dits légers, c'est-à-dire peu fatigants musculairement et peu dangereux pour la femme enceinte.

A l'heure actuelle, certains pays (Etats-Unis, Allemagne, Italie, Autriche) ont pris des mesures pour éloigner les femmes mariées du travail à l'extérieur et pour les ramener au foyer. Les résultats sont encore incertains, mais nous ne croyons pas que le chiffre total des chômeurs ait diminué dans les pays respectifs à la suite de ces mesures.

L'affirmation que la présence de la femme au foyer, que l'activité déployée par elle dans les divers domaines du ménage a une valeur financière supérieure à celle

de son gain, doit être prise en considération malgré que les comparaisons mathématiques ne soient pas toujours et toutes en sa faveur. Les surintendantes d'usines, interrogées à ce sujet, croient que la femme mariée a tout à gagner en restant chez elle. Mais cette réforme ne doit pas être cherchée dans la réglementation du travail féminin, dont la suppression serait une arme dangereuse pour la société, la famille, et même pour l'individu. Les remèdes à envisager sont :

- 1° La majoration du gain de l'homme marié;
- 2° Interdiction de la séparation de l'enfant de sa mère, en évaluant à juste prix le travail ménager et en faisant de la femme la nourrice payée de son enfant;
- 3° Obtenir pour les femmes mariées des travaux à domicile aux prix équivalents à ceux d'usine;
- 4° Etablir un enseignement ménager et de puériculture méthodiques;
- 5° Poursuivre la politique sociale du logement et encore quelques autres larges réformes sociales.

Ces conditions une fois atteintes, nous pourrions envisager le retour de la femme mariée au foyer qui, d'après l'expression de notre Maître, M. le Professeur FRUHINSHOLTZ, représente un stade social plus évolué que celui de la femme ouvrière.

L'INFLUENCE DU TRAVAIL INDUSTRIEL SUR LA GROSSESSE ET LE PRODUIT DE CONCEPTION

La grossesse est un état physiologique, naturel en quelque sorte, mais on doit admettre qu'elle provoque dans l'organisme entier de la femme des modifications considérables qui frisent l'anormal de bien près. C'est un état où l'équilibre de santé de la femme est assez instable et où il est à la merci du plus petit accident, pour être plus ou moins gravement compromis. Avec M. le Professeur FRUHINSHOLTZ, nous diviserons les travaux exercés par les femmes enceintes en deux catégories :

1° Professions de nocivité évidente, en général, et surtout pour les femmes enceintes ;

2° Travaux banals, non dangereux, mais qui contiennent des facteurs nuisibles pour les femmes enceintes.

Les premières sont des professions toxiques et celles de force et d'efforts ; nous montrerons plus loin leur influence nocive sur la grossesse, l'accouchement et le nouveau-né. Les seconds sont des professions généralement admises comme étant compatibles avec l'aptitude musculaire, normalement réduite, du sexe

féminin, qui ne sont pas toxiques, qui ne demandent pas d'efforts et qui, néanmoins, contiennent des facteurs nuisibles pour la femme enceinte.

Prenons par exemple la profession de la couturière, profession dont l'accès n'était jamais interdit à la femme même par les ennemis les plus acharnés du travail féminin, et qui est quand même dangereuse par la trépidation continue qui se transmet à la région pelvienne et par l'hyperhémie des organes pelviens si la machine à coudre est actionnée par les membres inférieurs.

La femme qui ne travaille qu'à la maison, qui fait son ménage, voit quand même sa grossesse menacée par de nombreux facteurs qui n'agissent tant par leur intensité que par leur répétition : c'est la station debout à la cuisine, les heurts et les froissements sur la région abdominale des femmes qui balaiant, qui lavent le plancher. Tout ceci peut provoquer l'anémie, les douleurs lombo-abdominales, la déviation utérine.

Certaines professions, réputées inoffensives, ont l'inconvénient d'imposer un régime alimentaire déterminé, un manque d'hygiène générale, un refroidissement, abus de marche, sorties par tous les temps, etc.

Pour un type de femme moyenne, faisant un travail moyen, dit M. le Professeur FRUHINSHOLZ, la grossesse peut être divisée en trois tiers :

1° Les premiers trois mois avec leurs phénomènes d'adaptation à la gestation plus ou moins pénibles, mais où le travail physique n'a presque aucune influence ;

2° Du quatrième au sixième mois, la grossesse paraît légère à porter, mais la moindre fatigue provoque des douleurs, des tiraillements, pouvant avoir des conséquences néfastes;

3° Les trois derniers mois, où la nocivité de tout travail physique est évidente tant pour la mère que pour l'enfant.

Ces notions préliminaires étant posées, passons rapidement en revue les principales industries de nocivité évidente pour la femme enceinte. Commençons par les intoxications chroniques professionnelles.

Saturnisme. — Lorsqu'une femme travaille dans un milieu capable de causer une intoxication saturnine et qu'elle devient enceinte, il est très fréquent qu'elle avorte et, si elle échappe à l'avortement, que l'enfant naisse mort. Enfin les enfants nés vivants de mères saturnines sont très exposés à mourir au cours de la première enfance. Il n'est pas nécessaire que les femmes présentent des accidents graves de l'intoxication pour que celle-ci rende la gestation anormale; il y a des intoxications dont l'avortement est le seul symptôme apparent. Des statistiques de C. PAUL, de BALLAND, ont montré 66 % des avortements ou accouchements prématurés et 75 % de mortalités en bas âge. Les enfants viables sont fréquemment des tarés; on compte parmi eux un pourcentage élevé d'idiots, d'imbéciles et d'épileptiques.

Hydrargirisme. — Le mercure détermine presque les mêmes effets que le plomb avec une mortalité infantile très élevée. TARDIEU et HIRT ont constaté que

la mortalité des nourissons est de 63 % chez les ouvrières qui travaillent les amalgames dans le polissage des verres.

Phosphorisme. — L'intoxication par le phosphore provoque des avortements, la morti-natalité et la débilité des nouveau-nés. PORAK cite des cas de dégénérescence graisseuse du foie chez les fœtus.

Le sulfure de carbone est la cause de la stérilité, des vomissements graves, des avortements.

Tabagisme. — L'influence nocive du tabac sur la gestation n'est pas encore précisée; pourtant GOYARD a cité encore en 1870 quelques cas d'avortements nettement provoqués par la nicotine. Par contre, tous les auteurs semblent être d'accord pour admettre que, si la mère reprend son travail et continue l'allaitement, les enfants dépérissent et succombent. KOSTIAL nous donne un statistique sur 453 accouchements chez les ouvrières en tabac : 11 morts nés, et 206 décès, dont 181 durant la première année.

Le docteur Ch. GARNIER, médecin de la Manufacture de tabac de Nancy a bien voulu nous dire que sa longue expérience lui permet d'affirmer que le travail en tabac en provoque pas des avortements et n'influe pas sur l'allaitement. Les statistiques de ce genre ont été généralement faussées par le fait qu'on attribuait au tabac les avortements des syphilitiques ou volontaires. Depuis que les conditions du travail sont devenues plus hygiéniques, et que les femmes ne sont plus employées aux travaux dangereux (travail au jus de

tabac, par exemple), on peut dire que le travail dans les manufactures de tabac est une des plus salubres occupations pour les femmes.

M. A. BRINDEAU nous rapporte deux cas d'anémie pernicieuse gravidique par *l'intoxication benzolique* chez des ouvrières travaillant dans un atelier de typographie.

M. le Professeur AUDEBERT, dans son article sur le travail des femmes enceintes dans les usines de guerre, étudie l'action néfaste des vapeurs *éthéro-alcooliques* qui auraient provoqué des accouchements prématurés; c'est surtout l'éther qui, agissant sur les fibres lisses de l'utérus, provoque la contraction de celui-ci.

L'industrie textile, abstraction faite d'action toxique des colorants, paraît ne pas avoir d'influence néfaste sur la mère ni sur l'enfant. Les Professeurs HOLTZMANN et MARTIN constatent que ce genre de travail est moins fatigant que le travail des ménagères.

La nocivité des professions demandant un grand effort physique est évidente et n'a pas besoin ni d'exemples ni de chiffres. Mais le moindre effort qui serait sans aucune influence sur un organisme normal se répercute sur l'organisme sensibilisé d'une femme enceinte, sur la marche de la grossesse et le produit de conception. C'est le cas de la majorité des industries où sont actuellement employées les femmes: industries de chaussures, industries textiles, fabriques de chocolat, biscuiteries, etc...

Mais laissons parler les chiffres. Dans les derniers 15 mois, 124 ouvrières en chaussures ont accouché à la maternité départementale de Nancy, 52 d'entre elles ont travaillé debout pendant la grossesse, dont 27 ont eu un accouchement prématuré. 39 enfants pèsent moins de 3.000 grammes. En nous basant sur nos recherches, nous pouvons affirmer que dans 25 % de cas des prématurés et des débiles, c'est du côté du travail maternel qu'il faut chercher la cause. Nous devons remarquer que d'après quelques observations les femmes travaillaient, et parfois debout, jusqu'à la veille de l'accouchement.

BACHIMONT (Fr.-Ch.) dans sa thèse sur « Les Documents pour servir à l'histoire de la culture intra-utérine », Paris, 1898, nous donne les chiffres suivants :

Primipares travaillant debout jusqu'à l'accouchement donnent naissance à des enfants dont le poids moyen est de 2.931 grammes.

Primipares travaillant assises accouchent d'enfants dont le poids moyen est de 3.097 grammes.

Primipares s'étant reposées 2 ou 3 mois avant l'accouchement ont des enfants à poids moyen de 3.291 grammes.

Multipares travaillant debout jusqu'à l'accouchement, le poids moyen de l'enfant est de 3.116 gr.

Multipares travaillant assises, le poids moyen de l'enfant est de 3.201 grammes.

Multipares s'étant reposées ont des enfants qui pèsent en moyenne 3.457 grammes.

On voit que le poids des enfants des femmes s'étant reposées 2 ou 3 mois avant l'accouchement est supérieur d'environ 350 grammes à ceux des femmes qui ont travaillé jusqu'à l'accouchement.

Sur 41 femmes venues directement de l'usine, à la clinique Baudelocque, le Professeur PINARD a observé :

- 17 avortements;
- 19 accouchements prématurés;
- 5 accouchements à terme.

Le Professeur AUDEBERT, en étudiant l'évolution de la grossesse chez les ouvrières des usines de guerre, à Toulouse, constate que parmi les femmes qui se sont longuement reposées, 73 % accouchent à terme, 26 % avant terme, mais, même chez ces dernières, les enfants sont vivants et robustes ; leur poids moyen est 3.260 grammes. Parmi les femmes qui ne se sont pas reposées, 43 % seulement accouchent à terme, et le poids moyen des enfants est de 3.000 grammes.

Le Professeur PINARD, après avoir constaté que, sur 1.000 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, chez :

- 482 la grossesse durait plus de 280 jours ;
- 279 — — entre 270 et 280 jours ;
- 239 — — moins de 270 jours.

et sur 1.000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, chez :

- 660 la grossesse durait plus de 280 jours ;
- 214 — — entre 270 et 280 jours ;
- 126 — — moins de 270 jours.

a formulé la loi suivante : « Le facteur commun qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est exempte de toute maladie et que l'enfant, issu de graine saine, se développe d'une façon normale, c'est le surmenage maternel »).

Enfin ses statistiques pendant les années de guerre ont démontré que les plus beaux enfants sont nés à Paris pendant la première année de guerre, à la suite du chômage forcé des femmes, des allocations militaires et de l'absence des permissionnaires. Dès la deuxième année de guerre, le travail des femmes, même de celles enceintes, commence ; résultats : prématurés, débiles, non viables ; on fabriquait des obus, mais on détruisait des vies d'enfants.

Nous-même, en compulsant les archives de la maternité pour les années 1928-1929 et 1930, nous avons trouvé 343 observations de naissances prématurées. Après avoir éliminé toutes les causes pathologiques qui auraient pu provoquer la prématuration, il nous est resté 138 cas où le surmenage maternel paraît jouer un rôle important. Le surmenage peut intervenir comme une cause adjuvante à un facteur local, quelquefois suffisant à lui-même ; c'est comme ça que nous expliquons la prématuration dans 107 cas. Il peut encore être le seul et déterminant facteur : dans 31 observations restantes, ce qui représente 9,33 % de cas de prématuration, nous n'avons pu relever aucune cause pathologique d'ordre général ou local qui l'aurait expliqué ; par contre, dans tous ces cas, nous avons trouvé que la mère travaillait parfois jusqu'à la veille de l'accouchement et, le plus souvent, debout.

D'un autre côté, nous avons examiné 1.650 observations, ce qui représente le nombre d'accouchements à la maternité pendant la période janvier-octobre 1934; dans plus de 300 cas, le nouveau-né pesait moins de 3.000 grammes. En détaillant un peu ces observations, nous avons constaté que 126 femmes se disaient sans profession ou travaillaient à leurs ménages, 49 étaient des ouvrières d'usine, 135 étaient des couturières, des vendeuses, des femmes de chambre, des employées de bureau, etc.; 87 seulement, sur 310 accouchements, sont survenus à terme, et, de nouveau, après avoir éliminé les causes pathologiques de la prématuration et, par suite, du petit poids de l'enfant, nous avons trouvé que dans 74 cas (23 %) le surmenage maternel intervient comme cause adjuvante ou déterminante. Nous savons que la mortalité précoce est essentiellement (67 %) une mortalité des enfants de petit poids, des débiles congénitaux.

Nous ne discuterons pas ici tous les dangers de la reprise précoce du travail, qui favorise, entre autres, les métrites, les phlébites, les métrorragies, des déviations, des prolapsus utérins. Nous dirons simplement que, pour l'ouvrière, le repos du post-partum est d'autant plus nécessaire que les conditions de sa vie, tant matérielles que morales, sont plus misérables. Affaiblie par des privations sans nombre, surmenée par le travail, tourmentée par la misère qu'elle laisse à la maison si elle accouche à la maternité, encore plus malheureuse si elle accouche chez elle, n'est-il pas compréhensible qu'il lui faille beaucoup plus de temps pour se remettre de ses couches?

CONSÉQUENCES SOCIALES DU TRAVAIL FÉMININ

Nous avons vu dans le premier chapitre de cette thèse que le travail est trop souvent une nécessité vitale pour les femmes mariées ou non. Après l'accouchement et le repos légal, à côté (parfois) de l'impossibilité, pour l'ouvrière, d'allaiter son enfant, faute de temps, elle devient souvent, sous l'influence du travail, une mauvaise nourrice. Le court repos après l'accouchement n'engage pas la femme à nourrir elle-même son enfant; les 30 minutes accordées deux fois par jour, quoiqu'insuffisantes, sont volontiers utilisées pour l'allaitement s'il s'agit du salaire à l'heure; mais s'il s'agit d'un salaire aux pièces (tissage par exemple), l'ouvrière subit facilement des pertes faiblement compensées par la prime d'allaitement. En plus, si l'usine ne possède pas une chambre d'allaitement ou si l'ouvrière ne demeure pas à proximité, la question devient beaucoup plus compliquée.

Ainsi les mères ouvrières doivent choisir entre les solutions suivantes :

1° Faire garder les nourrissons par une enfant plus âgée, parente ou voisine, avec les risques d'un allaitement artificiel mal dirigé;

2° Le faire garder dans les crèches ou les chambres d'allaitement encore rares et parfois mal tenues, les dangers d'épidémies s'y ajoutant à celui d'allaitement artificiel;

3° L'envoyer en nourrice, une solution encore plus dangereuses que les précédentes;

4° L'abandonner complètement à l'Assistance publique.

Dans les trois premiers cas, nous nous trouvons en présence de ceux que notre Maître, M. le Professeur FRUHINGSHOLZ, appelle « des séparés relatifs » qui n'ont avec leurs mères que des contacts intermittents: séparés au mois, séparés à la petite semaine, séparés au jour de la journée, les moins séparés de tous, mais séparés quand même; les petits séparés des crèches ou prêtés à la gardeuse occasionnelle. Les statistiques ont démontré que la présence maternelle, par sa seule vertu, abstraction faite de l'allaitement au sein, apporte avec elle une sauvegarde. Tout le monde reconnaît que la séparation est un mal, mais nous devons éviter l'erreur communément commise de voir dans ce mal quelque chose d'obligatoire, une sorte de conséquence inévitable de l'état social, l'aboutissement d'exigences économiques. En effet, en dehors des cas exceptionnels où la mort réalise et où la maladie impose la séparation, les séparations facultatives, et par conséquent évitables, sont légion (Pr. A. FRUHINGSHOLZ, *La grande pitié des petits séparés*).

Quant à l'abandon complet, légal, qui est un pis aller pour prévenir les risques d'un abandon clandestin, nous devons nous étonner et nous révolter que

la Société qui ne reconnaît pas à la mère le droit de se séparer de l'embryon, tolère ce crime à l'égard du nouveau-né, car l'abandon, c'est la condamnation à mort dans un cas sur deux. La cause principale de l'abandon, c'est la détresse matérielle et le préjugé moral des filles mères. Il faut mentionner que l'abandon n'existe pas dans les Etats Scandinaves, ni en Allemagne, ni en U.R.S.S., où la recherche de la paternité, permise par la loi, oblige le père à subvenir aux soins de l'enfant; en cas d'indigence des parents, c'est la municipalité ou l'Etat qui fournit à la mère les moyens nécessaires.

La mise au monde d'un enfant est une chose, sa mise en état de vivre en est une autre. Le Professeur PINARD distingue bien la maternité du sang (9 mois) et la maternité du sein (10 à 12 mois).

Le Professeur LEREBoullet a groupé sous trois vocables les périls qui guettent les tout-petits: le péril congénital, le péril alimentaire et le péril infectieux. Le péril alimentaire tire justement ses origines de cette incompatibilité du travail et de l'allaitement au sein. On a constaté, avant la guerre, que la mortalité était de 50 % plus élevée parmi les enfants des ouvrières d'usine que parmi les autres. En 1926, grâce aux lois de protection maternelle et infantile, cette différence est de 11 %. M. OUI, étudiant à Lille la mortalité infantile des enfants de 0 à 2 ans en milieu ouvrier, constate que cette mortalité est de:

- 78 % pour les enfants confiés à une soigneuse;
- 43,4 % pour les enfants confiés à une parente;
- 24 % pour les enfants gardés par leurs mères.

LÜLING, à Paris, et VITREY, à Lyon, nous donnent les chiffres suivants de mortalité des nourrissons :

15 % pour les enfants nourris au sein ;

30 à 43 % pour les enfants nourris au biberon par leurs mères ;

50 % et plus pour les enfants confiés à une nourrice.

ROUSSEL, dans sa thèse (Nancy, 1929), compare les chiffres de mortalité infantile générale de 0 à 1 an, qui est de 12,6 %, et la mortalité des enfants assistés, qui est de 38 à 70 %.

M^{lle} LABEAUME (thèse de Paris, 1924) estime que la mortalité infantile a, dans 45 % des cas, pour cause le travail de la mère.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les ouvrières travaillant dans un milieu toxique nous donnent des mort-nés, des tarés, des imbéciles, des idiots qui seront seulement une charge pour la Société. L'ouvrière qui ne s'est pas reposée avant les couches, accouche d'une progéniture qui est menacée du péril congénital du Professeur LEREBoullet. « La gravité du traumatisme obstétrical, les mauvaises conditions dans lesquelles la mère qui travaille aborde l'accouchement, trop souvent surmenée, mal nourrie, vivant dans un taudis, les causes de tout ordre qui provoquent la mortinatalité, la prématuration, la débilité congénitale, doivent être retenues comme des facteurs essentiels de la mortalité infantile. »

Mon ami, le docteur HERZLINGER (thèse de Nancy, 1935), évalue à 11 % la mortinatalité par débilité congénitale à la suite du surmenage maternel.

Tout récemment, M. le Professeur ROHMER, de Strasbourg, en étudiant les statistiques comparatives de la mortalité infantile, a constaté que grâce aux mesures prophylactiques, le péril alimentaire et le péril infectieux ont perdu leur importance de naguère et que c'est au péril congénital que nous devons encore les milliers de petits morts. L'allaitement artificiel, la séparation totale ou partielle, l'abandon, causes universellement reconnues de la polymortalité infantile, diminuent systématiquement le capital économique et social d'une nation.

Les conditions de la vie, trop souvent misérables de la classe ouvrière, ruinent la santé des femmes, et leur travail à l'usine et à l'atelier s'effectue aux dépens de leurs fonctions naturelles, donc de la maternité. En plus, pour éviter la naissance de cet enfant, qui pourtant n'est pas toujours indésirable, la pratique de l'avortement clandestin, avec toutes ses conséquences, s'étend de plus en plus parmi la population ouvrière, pour laquelle les moyens hygiéniques anti-conceptionnels ne sont pas toujours possibles.

Ainsi la non-protection ou la mauvaise protection de l'ouvrière enceinte présente, à côté de ses dangers purement médicaux, des périls nationaux et sociaux. Pour éviter la dépopulation, la débilité, l'abandon, les avortements, il faut mieux protéger l'ouvrière enceinte, car c'est toujours elle, malgré les conditions de sa vie, qui aura la famille la plus nombreuse. Pour avoir une génération saine, forte, c'est toujours par la protection anté-natale de l'enfant qu'il faut commencer. Tout en portant les marques d'une sauve-

garde individuelle de la femme enceinte, sa protection s'encadre en outre dans les multiples mesures que l'on tend à appliquer contre la dépopulation et pour l'eugénique.

Pour protéger efficacement les enfants, disait le Professeur PINARD, il faut d'abord, ensuite et toujours protéger la mère; cela doit être une protection sociale, légale et médicale que nous essayerons d'exposer dans les chapitres suivants.

LA RÉGLEMENTATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL FÉMININ

Toute législation sur le travail féminin veille finalement à la préservation de la fonction maternelle et au bien-être de la génération future. C'est la Suisse qui, par la loi du 25 mars 1870, a inauguré la protection légale de l'ouvrière. Nous passerons sous silence les conférences internationales de Berlin en 1890 et de Berne en 1905, puisqu'elles n'ont pas donné de grands résultats pratiques.

La première session de la conférence internationale du travail a eu lieu à Washington en 1919; cette conférence a discuté les principes fondamentaux de la protection maternelle chez les ouvrières employées en industrie ou en commerce. La troisième session, en 1921, à Genève, a étendu ces principes aux femmes employées aux travaux agricoles. La dixième session, en 1927, a discuté les questions de l'assurance maladie, y compris l'assurance maternité. Actuellement 62 états, membres de l'Organisation Internationale du Travail, appliquent ces principes, que nous allons exposer :

1° L'application des dispositions qui suivent à toute femme indifférent de l'âge, nationalité ou état

civil, employée dans un établissement industriel, commercial ou agricole, public ou privé ou une dépendance, à l'exception des établissements où sont seuls employés les membres d'une même famille.

2° La durée minima du repos avant ou après l'accouchement est de 6 semaines, avec interdiction d'employer les femmes pendant cette époque.

3° Droit de quitter volontairement le travail 6 semaines avant les couches, sur production d'un certificat médical.

4° Conservation de l'emploi pendant la durée indiquée plus haut, pouvant être prolongée en cas d'incapacité de travail résultant de la grossesse.

5° Pour faciliter l'allaitement du nourrisson, l'employeur est obligé d'accorder à la femme un repos supplémentaire d'une heure ou deux repos d'une demi-heure chacun.

6° Une indemnité est due à la femme pendant les périodes de repos. Le texte de la convention indique que cette indemnité doit être suffisante pour l'entretien de la mère et celui de l'enfant dans de bonnes conditions d'hygiène.

7° Les soins gratuits d'un médecin ou d'une sage-femme sont dus à la femme en couches.

Cette convention a réglementé encore, en principe, l'emploi des femmes dans les travaux dangereux, insalubres et pénibles ainsi que dans le travail de nuit. La convention recommande aux gouvernements nationaux d'interdire ce genre de travail surtout aux femmes enceintes.

De nombreux pays, ayant adopté les résolutions de la conférence de Washington, les appliquent actuellement d'une façon propre à chacun d'eux. Après avoir relevé quelques caractéristiques parmi les législations nationales, nous étudierons l'état actuel des choses dans quelques pays d'Europe, et enfin nous exposerons la protection de l'ouvrière enceinte en France.

! * !
* * *

La majorité des Etats ont adopté le système de l'assurance maladie obligatoire. Les cotisations des assurés, des employeurs et de l'Etat permettent de couvrir les frais des prestations et des primes. Deux Etats, l'Italie et l'Espagne, dont nous étudierons la législation plus loin, appliquent le système de l'assurance maternité obligatoire. Dans d'autres pays l'assurance maladie est facultative, c'est le cas du Danemark et de la Suède. Enfin dans les pays où l'assurance obligatoire ou facultative des ouvrières n'existe pas, l'Etat oblige l'employeur de verser à l'ouvrière des allocations dues pendant la période de repos; mais l'employeur peut s'assurer contre les risques maladie ou grossesse de ses employées dans une société d'assurance privée.

L'indemnité journalière pendant la durée du repos obligatoire est presque partout de 50 % du salaire moyen, mais il nous faut citer le Japon, la Norvège, la Lithuanie où cette indemnité est de 60 % du salaire, la Yougoslavie où elle est de 75 %. L'Argentine, la Lettonie, la Hongrie, l'U.R.S.S. paient aux

ouvrières en couches le salaire intégral. Aux Pays-Bas, le salaire intégral est payé 6 semaines avant l'accouchement et pendant une période allant jusqu'à 6 mois après l'accouchement, à condition que la salariée soit mariée (!). En Pologne, le salaire intégral est payé pendant 8 semaines, dont 6 après l'accouchement, mais si la femme est hospitalisée, elle reçoit seulement 50 % du salaire. Il faut noter que cette diminution de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation existe dans beaucoup de pays.

Des prestations en nature, c'est-à-dire l'assistance médicale, obstétricale et pharmaceutique gratuites sont admises dans tous les pays; en Angleterre la valeur des soins médicaux est déduite de la valeur de l'indemnité.

A la naissance de l'enfant, certaines législations accordent une allocation spéciale d'accouchement. Une prime d'allaitement, fixe ou proportionnelle au salaire (25 % à 50 %), est généralement accordée, si l'enfant est nourri par sa mère. Le temps accordé pour l'allaitement est de 15 à 30 minutes toutes les 3 heures en U.R.S.S., Argentine et quelques autres république de l'Amérique Latine; il est d'une demi-heure, deux fois par jour, dans d'autres pays. En Norvège et Suède, les lois ne fixent pas la durée de ces repos, mais disent simplement que le temps nécessaire sera accordé à la femme pour allaiter son enfant.

En Angleterre, la loi de 1924 prévoit que les femmes mariées touchent une indemnité double de celles des femmes non mariées. Cette disposition,

comme d'ailleurs celle des Pays-Bas, est conforme peut-être à la morale puritaine et hypocrite, mais elle est dénuée de tout esprit logique; en effet, les frais d'accouchement d'une femme mariée, dont le mari apporte le gain au foyer, sont moindres que ceux d'une fille-mère.

Nous devons mentionner enfin deux dispositions qui nous paraissent illogiques et que nous avons rencontré dans la législation de la majorité des pays. C'est d'abord le fait que les employées de commerce, des administrations et des établissements d'Etat, dont le salaire est plus élevé que celui d'une ouvrière industrielle, reçoivent une indemnité égale à leur salaire intégral, et ensuite, que la durée du repos anté et post-natal est parfois plus longue chez elles, dont le travail est beaucoup moins fatigant, que celui de l'usine ou de l'atelier.

ALLEMAGNE

La loi actuellement en vigueur date de 1927; modifiée en 1929, elle s'applique à toutes les salariées dont le gain ne dépasse pas une certaine limite (3.600 rm.). Des ordonnances datant de 1931 assurent une assistance sociale obligatoire aux femmes indigentes n'ayant pas droit aux prestations d'assurance. Le repos obligatoire des ouvrières est de 12 semaines, pouvant être étendu à 18 semaines dont 12 après l'accouchement, si le médecin certifie que la capacité du travail n'est pas encore complètement rétablie. Toutes les salariées sont obligatoirement assurées contre le risque maladie et sont obligées de se pré-

senter aux consultations pré-natales pour avoir droit aux soins gratuits des sages-femmes et parfois à l'aide médicale. Elles touchent une allocation fixe de 10 à 25 rm. comme contribution aux frais d'accouchement. Si la femme quitte son travail 6 semaines avant l'accouchement, elle reçoit une indemnité égale aux trois quarts de son salaire, et seulement la moitié du salaire si elle quitte le travail 4 semaines avant. Après l'accouchement elle touche, pendant 6 semaines au moins et 13 au plus, une allocation égale à la moitié du salaire. Cette allocation est diminuée de moitié si elle reprend son travail avant la fin de la sixième semaine. Pour allaiter son enfant, l'employeur est obligé de lui accorder un repos supplémentaire d'une heure en une ou deux périodes; la femme reçoit pendant 12 à 26 semaines une prime d'allaitement dont la valeur approximative est de 25 % du salaire.

Les crèches et les chambres d'allaitement ne sont pas obligatoires, mais les bons de lait sont souvent distribués. Les femmes d'assurés reçoivent les mêmes prestations que les femmes assurées. Comme protection facultative des femmes enceintes en Allemagne, nous citerons : l'aide apportée aux femmes en couches par la section maternelle infantile de la « Prospérité populaire nationale-socialiste » (National-sozialistische Volkswohlfahrt).

Un prêt de longue durée est accordé, par le gouvernement, aux jeunes mariés; à la naissance de chaque enfant, un quart de la dette est amorti. Le parrainage d'honneur institué par la municipalité de Berlin et imité par d'autres villes, oblige la municipalité de supporter tous les frais pour élever et éduquer l'enfant.

ITALIE

La suprême direction des services de protection et d'assistance est confiée à « l'œuvre nationale pour la protection de la maternité et de l'enfance », œuvre étroitement liée avec le parti fasciste. Cette institution doit :

1° Pourvoir à la protection et à l'assistance des femmes enceintes, des mères pauvres ou abandonnées, des nourrissons et des enfants de tous âges.

2° Encourager la diffusion des lois et des méthodes de l'hygiène pré-natale et post-natale.

3° Organiser la prophylaxie anti-tuberculeuse et organiser la lutte contre les autres maladies infantiles.

4° Surveiller et contrôler toutes les institutions publiques et privées pour l'assistance et la protection de la maternité et de l'enfance.

5° Procurer du travail aux femmes enceintes et aux mères sans moyens d'existence ; les aider à faire reconnaître légalement leurs enfants naturels, légaliser les unions illégitimes et aider les femmes dans l'action judiciaire pour la déclaration de la paternité et pour l'assignation des aliments.

Une assurance maternité obligatoire, établie par la loi du 28 août 1930, fonctionne de la façon suivante :

1° Toute ouvrière de 15 à 50 ans doit obligatoirement être assurée, par les soins de l'entrepreneur, à la caisse nationale de la maternité, administrée par l'Institut National Fasciste de prévoyance sociale.

2° Sont exclues de l'assurance maternité obligatoire : les femmes occupées aux administrations de

l'état, du département ou de la commune, les ouvrières agricoles et celles travaillant dans les entreprises familiales.

3° La cotisation annuelle est de 7 liras, dont 3 sont à la charge de l'ouvrière et 4 à la charge du patron. La part de l'ouvrière est retenue sur son salaire et le paiement de la cotisation doit se faire par le patron au mois de mars de chaque année, moyennant l'acquisition d'un timbre spécial de l'assurance maternité.

4° Les femmes inscrites à la caisse nationale de la maternité ont droit à une allocation globale de 300 liras en cas d'accouchement et de 100 liras en cas d'avortement, à condition :

— qu'il se soit écoulé de la date de l'admission au travail : 9 mois pour l'accouchement à terme, 6 mois pour l'accouchement prématuré, 3 mois pour l'avortement ;

— qu'elles soient occupées dans un établissement sujet à la loi de la protection de la maternité au moins 15 jours dans l'année précédant l'accouchement ou l'avortement. L'accouchement prématuré qui survient après le sixième mois est identifié à un accouchement à terme. L'avortement spontané ou thérapeutique, s'il survient après le troisième mois de la grossesse, donne droit à une allocation spéciale. Le droit de toucher l'allocation se perd quand la demande n'en est pas faite un an après l'accouchement. En cas de mort de l'accouchée et de survie du nouveau-né, l'allocation est payée à la personne qui prend soin de l'enfant. Si l'enfant meurt, lui aussi, l'allocation est attribuée au

mari ou toute autre personne qui avait soigné la mère et l'enfant.

5° Les assurées ne sont pas admises au travail durant le dernier mois de la grossesse et le premier mois qui suit l'accouchement. Exceptionnellement, sur présentation d'un certificat médical, la femme peut être maintenue au travail jusqu'à la fin de la troisième semaine avant l'accouchement.

6° L'ouvrière est obligée de présenter à l'employeur, au sixième mois de grossesse, un certificat médical détaillé. Le patron doit l'exiger et, en cas de refus, il peut congédier l'ouvrière. A partir de la date de présentation du certificat, l'ouvrière ne peut être congédiée pendant toute la période de grossesse et des couches, exception faite pour le cas où sa faute est évidente.

7° Les soins médicaux et obstétricaux sont gratuits et les frais pharmaceutiques sont entièrement remboursés.

8° Deux périodes de repos supplémentaire par jour d'une heure chacune, et ceci pendant une année, sont accordées à la femme allaitant son enfant. Les entreprises occupant 50 femmes et plus sont obligées de créer des chambres d'allaitement; dans ce cas, les périodes de repos sont réduites à une demi-heure chacune.

9° Les ouvrières enceintes assurées contre le chômage, si elles ne travaillent pas, ont droit, pendant les 9 mois de grossesse, 1 mois du post-partum normal ou 2 mois du post-partum pathologique, à une alloca-

tion de chômage augmentée de 0 lire 50 par jour. Cette allocation peut encore être payée sous la forme d'une somme fixe que l'assurance chômage verse à la caisse nationale de maternité.

ESPAGNE

A côté de l'Italie, nous devons mentionner l'Espagne, où la protection maternelle est réalisée par une assurance maternité distincte d'autres assurances (décret du 22 mars 1929).

L'indemnité d'accouchement est proportionnelle au temps des cotisations payées par l'ouvrière. Des prestations extraordinaires sont attribuées en cas de grossesse pathologique ou état morbide du nouveau-né. Une allocation spéciale d'allaitement est payée pendant 10 semaines et la femme a le droit d'usage gratuit de toutes les œuvres de protection maternelle ainsi que de soins médicaux et produits pharmaceutiques. Pour avoir droit à ces avantages, la femme doit être assurée depuis 18 mois et avoir passé deux visites médicales pré-natales. Les caisses d'assurance maternité sont alimentées par les cotisations de l'Etat, des départements, des municipalités, des ouvriers et des employeurs.

Nous tenons à apporter deux remarques critiques à ce système d'assurance :

1° Elle comprend toutes les femmes, mariées, veuves, divorcées ou célibataires, dont certaines pourraient objecter qu'on leur fait subir les charges de cette assurance sans en avoir les bénéfices.

2° Etant donné le nombre restreint des cotisantes, le total des cotisations est plus élevé que dans le système assurance-maladie.

U. R. S. S.

Avant d'exposer l'œuvre de protection maternelle et infantile au pays du socialisme, il nous faut tenir compte que :

1° Le nouveau régime veut permettre à toutes les femmes de travailler. En effet, en U. R. S. S. le développement quantitatif des femmes et surtout la progression qualitative sont de plus en plus remarquables.

2° La protection de la santé et les soins du malade constituent un service d'Etat, placé sous la direction du Commissaire de Santé publique. Tous les soins préventifs, curatifs, jusqu'aux opérations et cures thermales sont gratuits pour les assurés sociaux, c'est-à-dire pour tout travailleur manuel ou intellectuel qui devient assuré par le fait même de son travail sans avoir à payer aucune cotisation, celle-ci étant entièrement à la charge de l'employeur, tandis que les caisses sont gérées uniquement par les assurés.

Dans chaque entreprise où travaillent les femmes, il existe une section féminine spéciale « Jenotdiel » qui surveille l'application des lois concernant la femme et l'enfant.

Les principes que nous allons énumérer, inscrits dans le Code des lois du travail, s'appliquent à toutes les salariées, mais les travailleuses manuelles sont parfois plus avantagées que les intellectuelles, ainsi

les ouvrières enceintes ont, par exemple, 4 semaines de congé en plus que les travailleuses intellectuelles.

Dans ce cadre, dit le docteur ROUBAKINE (la protection de la santé publique en U. R. S. S.), le mot même de « protection » n'a pas le même sens que dans les pays capitalistes, où ce mot veut dire : secours à quelqu'un qui ne peut pas se défendre lui-même, à quelqu'un qui n'a pas de droits.

1° En U. R. S. S. la protection de la maternité et de l'enfance commence par un examen pré-nuptial. En effet, les trois conditions requises pour le mariage sont :

L'âge légal ;

Le certificat médical ;

L'acquittement des obligations que l'un ou l'autre des futurs conjoints peut avoir contractées du fait d'un précédent mariage, des paternités ou des maternités antérieures.

2° Aux consultations pré-natales, qui doivent obligatoirement commencer avant le sixième mois, la femme reçoit une carte spéciale qui lui donne droit à la mutation du travail, interdiction d'heures supplémentaires et de déplacements, priorités dans les endroits publics, etc...

3° Le repos obligatoire est de 4 mois : 2 mois avant et 2 mois après l'accouchement ; ce congé est réduit à 3 mois pour les professions non manuelles et il n'est pas compris dans le congé annuel, qui est d'un mois.

4° Pendant ce repos la femme reçoit des prestations en argent égales au salaire intégral mais ne pouvant pas, toutefois, dépasser une certaine somme

(environ 200 roubles par mois); les assurances sociales paient également la salariée et la femme du salarié; l'état civil de la femme ne joue aucun rôle.

5° Tous les soins médicaux et obstétricaux sont gratuits; les frais pharmaceutiques sont intégralement couverts par les caisses. Dans les centres industriels, tous les accouchements se font à la maternité.

6° L'accouchée touche, si l'enfant est vivant, une allocation spéciale pour les soins du nouveau-né; cette allocation est égale au salaire mensuel. Des prestations en nature pour la layette de l'enfant ou une prestation en argent, égale à la moitié de gain mensuel, sont accordées aux femmes en couches.

7° L'ouvrière est obligée ensuite de se présenter à la consultation des nourrissons et elle touche, même si elle n'allait pas, une prime égale au quart du salaire. Cette prime est payable au moins pendant 9 mois. Si l'enfant est malade, et n'est pas soigné à l'hôpital, la mère est dispensée du travail et reçoit une allocation de maladie.

8° L'écrasante majorité des ouvrières en U.R.S.S. allaitent elles-mêmes, et quand, 2 mois après l'accouchement, elles reprennent leur travail, elles portent tous les matins leurs nourrissons à la crèche de l'établissement où elles travaillent et où 20 ou 30 minutes de repos leur sont accordées toutes les 3 heures. Depuis 1932, les crèches sont obligatoires dans toutes les entreprises industrielles; elles possèdent toutes les sections de l'aide médicale et un personnel qualifié. En 1932, 68 % des enfants ouvriers ont séjournés dans les crèches.

L'abandon des enfants n'existe pas dans ces conditions : il n'y a pas d'enfants illégitimes et la mortalité infantile est en baisse continue.

9° A côté de cette protection légale, il existe des institutions spéciales dont le type est « La maison de la mère et de l'enfant » à Léninegrad, qui ont pour but de créer une nouvelle génération plus saine et de donner à la mère la possibilité de jouir d'une vie professionnelle, intellectuelle et sociale sans nuire à son enfant. Parmi les sections de cette maison, nous citerons :

— L'Institut de pédologie expérimentale avec laboratoire et section de statistique;

— Les consultations sexuelles, juridiques, éducatives et sociales;

— Les consultations pré-natales;

— Les services de gynécologie.

— La maternité avec un service de prématurés;

— Consultations de nourrissons et de jeunes enfants, etc...

Comme nous le voyons, la maternité est devenue en U. R. S. S. une fonction non seulement physiologique, mais aussi sociale de la femme et, aucun autre pays à l'heure actuelle ne peut se vanter d'avoir donné plus à la femme et à l'enfant.

LA FRANCE

Historique. — Sous Louis IX, certaines corporations, employant les femmes, recommandent de les traiter lors de leur grossesse « en très grande douceur et repos ».

Pendant des siècles, on ne voit pas l'Etat intervenir en faveur des mères, mais c'est l'assistance hospitalière qui se développe : au seizième siècle, les femmes enceintes sont hospitalisées à l'Hôtel-Dieu, au dix-septième siècle, on trouve à la Salpêtrière un dortoir qui leur était destiné. Sous Louis XIV, on crée la maison de Sainte-Marthe à la Confrérie de Notre-Dame-de-Bonsecours. En 1770, le pape Clément XIV crée un refuge pour les femmes enceintes à l'Hôpital Saint-Roch. En 1784, M^{me} de Fougères, avec l'aide de Beaumarchais, fonde la Société de Charité maternelle. Depuis la Révolution de 1789 l'Etat a cru devoir substituer à la charité privée, l'assistance officielle aux faibles, aux malades, aux déshérités (Constitution du 3 septembre 1791). Par le décret du 28 juin 1793, l'assistance maternelle devient un droit pour celles qui en bénéficient et une charge obligatoire pour l'Etat, qui s'occupera surtout de l'hospitalisation des femmes enceintes et du placement des enfants abandonnés. Ensuite, ce sont les lois de 1849 qui organisent l'administration générale de l'Assistance publique, la loi Roussel, et la loi d'assistance médicale gratuite qui marquent des étapes importantes dans l'évolution de la protection maternelle et infantile en France. Un grand nombre de sociétés privées de pro-

tection maternelle se sont développées pendant la seconde moitié du siècle dernier.

Il m'est impossible de terminer ce court chapitre d'historique sans parler de deux hommes qui ont consacré toute leur activité à la mère et à l'enfant. Ce sont MM. le sénateur P. STRAUSS et le professeur A. PINARD. C'est à eux que la France et l'Europe qui l'imitait, doivent l'organisation actuelle de la protection maternelle et infantile. M. le sénateur STRAUSS, organisateur excellent, auteur de lois sociales et promoteur de plusieurs mesures pour la sauvegarde des tout petits, continue, à l'heure actuelle, sa féconde activité.

Le professeur PINARD, mort au mois de mars 1934, nous offre un magnifique exemple d'unité, de continuité et de persévérance. Par profession, il se consacre d'abord à la femme enceinte. Il s'aperçoit du désastre moral et physique que produit la gestation chez les malheureuses privées de ressources. Dans ses conférences à la Sorbonne (1891), il évoque ce drame de la maternité, injustement honteuse, et obtient la création de refuges-ouvroirs pour la future mère. Mais dans la défense même de la femme enceinte, dans toute l'œuvre de prévoyance et de prophylaxie que PINARD poursuit à la maternité, au Parlement, aux réunions privées, l'objectif de plus en plus conscient de son activité, c'est le produit même de conception : « Protéger le terrain, la semence, protéger et conserver le fruit ».

Ayant promulgué les règles de l'eugénitique et de la puériculture anté-natale, le professeur PINARD ouvre

un nouveau chapitre, et c'est la puériculture après la naissance. Les tristes années de la guerre lui donnent l'occasion de mettre ses idées en pratique, étant chargé d'assurer la protection de l'enfance dans le camp retranché de Paris. Il se rend compte de l'insuffisance des moyens légaux de protection maternelle et infantile, il déplore l'entrée des femmes dans l'industrie et dénonce l'usine tueuse d'enfants. Le professeur PINARD ne se contente pas de conférences dans le domaine médical et para-médical, il entre au Parlement pour défendre et appliquer ses idées et, si le Maître avait été quelque peu déçu dans son essai de généraliser sur le plan politique les prescriptions légitimées par sa longue expérience, il a trouvé dans le domaine privilégié de son labeur scientifique une juste récompense de ses efforts.

Epoque contemporaine. — Le début du vingtième siècle voit naître et se développer un grand mouvement en faveur des femmes enceintes. Chronologiquement nous pouvons diviser cette époque en deux parties séparées par la promulgation de la loi des assurances sociales; cette division nous servira également pour exposer l'œuvre et la protection maternelle en France à l'heure actuelle.

I. — PROTECTION MATERNELLE EN DEHORS DES ASSURANCES SOCIALES

La protection obligatoire de l'ouvrière enceinte a été inaugurée par la loi Engerand. Promulguée le 27 novembre 1909, cette loi n'oblige pas la femme au

repos mais elle permet une suspension du travail de huit semaines consécutives en garantissant la non-rupture du contrat. Aucune allocation n'étant attribuée pour cette période, nous voyons que toute valeur de cette loi a été perdue. Il faut mentionner que le repos avec maintien intégral du traitement a été accordé en 1903 aux employés des P. T. T. et en 1910 à toutes les employées d'Etat.

La loi Strauss (17 juin 1913), complétée par les lois du 30 juillet 1913 et 12 décembre 1917, établit le principe légal du repos obligatoire, indemnisé par l'Etat et rend obligatoire la surveillance médicale au cours de la grossesse. Cette loi s'applique à toutes les femmes salariées et qui ne possèdent pas des ressources suffisantes à condition qu'elles soient françaises. Le repos est de 30 jours avant et 30 jours après l'accouchement, ce dernier pouvant être porté à cinq semaines en cas de complications.

La loi du 5 août 1917 conseille la création de chambres d'allaitement et exige que les patrons accordent aux mères, allaitant leurs enfants, une heure de repos, indépendante de tout autre repos légal et spécialement destiné à cet allaitement. Cette heure sera répartie en deux périodes de 30 minutes avant et après midi ; s'il existe dans l'établissement une chambre d'allaitement, ces périodes sont réduites à 20 minutes. La loi du 24 octobre 1919 accorde aux femmes bénéficiant de la loi Strauss une prime d'allaitement de 15 francs, portée à 40 francs par mois en 1930.

Par conséquent, si l'on envisage l'œuvre de la protection maternelle en dehors des assurances sociales,

on a le tableau suivant qui est valable pour les femmes qui ne sont pas assurées (obligatoires) et partiellement valable pour les assurées facultatives et les femmes d'assurés.

A. — *Avant l'accouchement.*

1° La femme a le droit de quitter son travail sans délai du congé, ni indemnité de rupture de sa part. Ce repos anté- et post-natal est, en vertu de la loi Strauss et de celle du 4 janvier 1928, de 12 semaines pouvant être prolongé à 15 semaines en cas de maladie attestée comme résultant de la grossesse. Les institutrices et les employées d'Etat ont 2 mois de congé avec un traitement entier. L'assistance judiciaire sera de droit pour la femme devant la juridiction du premier degré.

2° La femme qui a cessé tout travail salarié a, en vertu des lois précitées, le droit aux allocations. La demande en doit être faite plusieurs mois avant l'accouchement et la femme doit être française ou ressortissante d'un pays ayant passé avec la France une convention réciproque d'assistance. Le taux de l'allocation journalière varie entre 2 fr. 50 et 7 fr. 50. Elle est réduite à moitié en cas d'hospitalisation, si l'intéressée n'a pas d'autres enfants vivants au-dessous de 13 ans; elle est due pendant les 4 semaines qui précèdent les couches à condition que la femme ne travaille pas et observe les règles d'hygiène; elle peut en totalité ou en partie être donnée en nature.

B.— *Pendant l'accouchement.*

En période de couches, les femmes sont assimilées aux malades et jouissent des avantages de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Pendant cette période, interviennent aussi les œuvres charitables et les œuvres de protection facultatives dont nous parlerons plus loin.

C. — *Après l'accouchement.*

1° La femme a droit à un repos de 6 à 9 semaines.

2° Les allocations sont attribuées 4 semaines après l'accouchement aux mêmes conditions qu'avant.

3° Des primes d'allaitement sont accordées, leur montant est à l'heure actuelle de 45 francs pendant les 6 premiers mois et 15 francs pour les dernier mois d'allaitement.

4° La femme indigente reçoit des secours sous forme d'assistance aux familles nombreuses, de bourses et trousseaux, primes de natalité, assistance en matière de logement, etc...

D. — *La protection facultative.*

Nous envisagerons sous ce nom diverses institutions :

1° La mutualité maternelle. — Une œuvre de prévoyance et de solidarité qui fournit une aide pécuniaire permettant à la femme de se reposer les 6 mois qui suivent l'accouchement. Ces mutualités peuvent créer des consultations médicales, des primes de natalité, des crèches, etc.,

2° Les œuvres patronales, comme la Caisse de compensation, où les industriels partagent les versements et les frais et aussi les Caisses où les employées souscrivent à côté des patrons. Ces Caisses, à côté de la protection allocative (250 francs à la naissance du premier enfant, 150 à la naissance des suivants, 150 francs comme prime mensuelle d'allaitement) consacrent des grandes sommes au développement des services sociaux.

3° Les organisations charitables, cantines maternelles, asiles d'allaitement, gouttes de lait, etc..., fonctionnent, étant parfois coordonnées par un service d'hygiène sociale.

4° Les organismes médico-sociaux. — Ce sont les consultations prénatales, les maternités, les maisons maternelles, les consultations de nourrissons, les services anti-syphilitique et anti-tuberculeux, les infirmières visiteuses et l'assistance obstétricale à domicile.

II. — PROTECTION DE LA MATERNITÉ PAR LES ASSURANCES SOCIALES

Loi du 30 avril 1930, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935.

A. — *Bénéficiaires de l'assurance-maternité.*

1° Toutes les salariées françaises, dont le salaire annuel ne dépasse pas 15.000 francs ou 18.000 francs dans les grands centres, 20.000 si elles ont un enfant, 22.000 si elles ont 2 enfants et 25.000 en cas de 3 ou plusieurs enfants,

2° Les salariées de nationalité étrangère ayant leur résidence réelle et permanente en France.

3° Les assurées obligatoires en chômage involontaire.

4° Les épouses des assurés obligatoires, leurs veuves ou divorcées, non assurées elles-mêmes. Cette dernière catégorie n'a pas droit aux prestations en argent. Sont exclues de cette assurance les employées d'Etat et des grandes administrations.

Il faut mentionner qu'il existe aussi une assurance facultative pour les artisans, les petits patrons, les travailleurs intellectuels et, en principe, pour tous ceux et toutes celles qui, sans être salariées, vivent du produit de leur travail.

B. — *Dispositions de la loi des assurances sociales.*

Nous exposerons les dispositions de cette loi en ce qui concerne l'assurance-maternité.

ART. 9, § 1. — En cas de maternité (sauf cas pathologique), l'assurée ou la femme de l'assuré reçoit une prestation fixée par le tarif de responsabilités de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Le tarif de caisses doit prévoir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural. Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans cette prestation et ont liberté du choix du praticien (l'ancienne loi prévoyait un ticket modérateur en remboursant seulement 80 % à 85 % des sommes avancées par la femme, comme

si, celle-ci accoucherait une fois de plus parce que l'accoucheur ne lui coûte rien), le total de ces frais ne pourra pas excéder, par journée de maladie (repos de grossesse) à partir de la première consultation médicale, 50 % de la moyenne générale des salaires de base.

§ 2. — Les assurées obligatoires ou facultatives, à l'exclusion de la femme de l'assuré, ont droit aux prestations en argent. L'indemnité journalière étant égale à la moitié du salaire, elle est due 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 6 semaines après, à condition de cesser tout travail salarié durant la période indemnisée. Les bénéficiaires doivent avoir cotisé 60 jours pendant 3 mois ou 240 jours pendant les 12 mois qui ont précédé l'état de la grossesse.

Le paragraphe 6 fixe cette indemnité comme ne pouvant pas être inférieure à 3 francs, ni supérieure à 18 francs par jour. L'indemnité est due à la mère alors même que l'enfant aurait été présenté sans vie à l'officier de l'état civil.

§ 3. — En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

La présence du nouveau-né vivant donne droit aux allocations spéciales réglées par les paragraphes 4 et 5.

§ 4. — L'assurée qui allaite son enfant a droit à des allocations mensuelles dont l'ensemble ne doit pas excéder 850 francs pour la période complète de l'allaitement. L'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 175 francs.

Cette prime est proportionnelle au nombre des enfants en cas de naissances multiples.

§ 5. — L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter son enfant peut, si l'enfant est élevé par elle à son domicile, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait dont la valeur n'excède dans aucun cas 60 % de la prime d'allaitement (Dans l'ancien texte, on lisait « d'allaiter *complètement* son enfant », ce qui favorisait en certaine mesure l'allaitement artificiel).

Lorsque l'enfant doit être séparée de sa mère pour des raisons médicales, les Caisses, après avis favorable de leur contrôle médical, peuvent accorder tout ou partie des bons de lait.

§ 7. — Sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent, l'assurée doit :

1° Justifier auprès de la Caisse d'assurance de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, 4 mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ;

2° Se conformer aux prescriptions indiquées par la Caisse dans son règlement intérieur en ce qui concerne les visites pré-natales et post-natales et la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons.

ART 14, § 2. — Prévoit les charges de famille. Si la femme a des enfants, légitimes, reconnus, naturels ou recueillis, au-dessous de 16 ans, les indemnités

journalières sont augmentées de 1 franc pour chaque enfant.

L'hygiène et les soins préventifs de la grossesse sont compris dans les articles suivants visant l'assurance-maladie, qui disent que l'assurée dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteinte de maladie ne comportant pas la cessation du travail, recevra des indemnités spéciales, aura droit aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cures ou de préventions. Enfin, la partie financière de la loi prévoit la possibilité de création par les Caisses d'œuvres de maternité et de l'enfance.



L'application pratique de la loi des assurances sociales est faite d'une façon différente dans les divers départements. Nous nous efforcerons d'esquisser rapidement le mode d'application de l'assurance-maternité en Meurthe-et-Moselle. M. le Professeur PARISOT, président de l'Office d'Hygiène sociale a réalisé ce qu'on appelle «le contrat tripartite», c'est-à-dire une étroite collaboration entre l'Union des Caisses, l'Office d'Hygiène sociale et le Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle.

L'Office de l'Hygiène sociale met à la disposition des assurées tous ses organismes médico-sociaux contre une somme forfaitaire que les Caisses lui doivent verser par tête d'assurée.

L'organisation médicale de l'assurance-maternité est confiée à une section spéciale de l'Office d'Hygiène sociale. Cette section est divisée en deux :

1° Section de protection maternelle sous la direction de M. le Professeur FRUHINSHOLTZ;

2° Section de protection infantile sous la direction de M. le Professeur CAUSSADE.

La future maman, dès qu'elle s'aperçoit de son état, est tenue d'en aviser la Caisse à laquelle elle est affiliée. L'Office de l'Hygiène sociale prévenu par l'entremise de la Caisse, délègue au domicile de l'intéressée une de ses infirmières visiteuses qui lui remet le carnet de maternité; celui-ci renferme :

1° Droits et obligations des bénéficiaires de l'assurance-maternité;

2° Conseils aux futures mères, par M. le Professeur FRUHINSHOLTZ;

3° Les différents certificats, de consultations, de grossesse, de cessation de travail, d'accouchement.

Toute assurée ayant fait sa déclaration de grossesse au cours du quatrième mois et ayant suivi régulièrement les consultations pré-natales, bénéficie d'une prime de 50 francs.

Aussitôt après l'accouchement, les assurées reçoivent un carnet de consultations de nourrissons qui leur permettra de bénéficier de primes d'allaitement et de bons de lait.

CONCLUSIONS

1° Dans les conditions actuelles de la vie, la femme ne peut pas encore être exclue du travail industriel. C'est encore une nécessité pour certaines jeunes filles et, malheureusement aussi, pour certaines jeunes mères.

2° Il existe des professions dont la femme doit être éloignée dès les premiers soupçons de la grossesse.

3° Toutes les professions d'effort contiennent un facteur nuisible à la grossesse et pour l'enfant; la cessation du travail d'effort s'impose pendant les derniers mois de la grossesse.

4° Par suite de la lutte pour la vie, la femme enceinte compromet souvent la valeur du produit qu'elle porte.

5° Aucune des législations que nous avons étudiées ne protège suffisamment la mère ni surtout son enfant.

6° Nous devons avoir pour idéal de faire de sorte qu'il y ait une hygiène de gestation qui soit également accessible à toutes les femmes et qui ne soit pas nécessairement un privilège. Tous les enfants à naître ont une valeur égale. Ainsi nous ne pouvons que répé-

ter les desiderata émis par M. le Professeur FRUHINSHOLTZ dans son article : « Le travail des femmes enceintes dans les usines et les ateliers » :

a) Que toute femme enceinte, qui souffre d'une façon quelconque de sa grossesse, soit obligatoirement soustraite à son travail quel que soit l'âge de la grossesse ;

b) Que toute femme dont la gestation devient apparente et, par le fait même, mécaniquement encombrante et plus facilement vulnérable à la simple action de la marche, de la station debout ou de la fatigue, soit écartée de l'atelier. Or cette période d'action mécanique de la gestation peut se situer approximativement aux environs du cinquième mois révolu.

7° Un salaire intégral devrait être maintenu pendant toute la période du repos, ou une indemnité de remplacement de la partie amputée du salaire devrait être allouée par l'Etat.

8° Un congé plus long après les couches ou, au moins, une organisation rationnelle de l'allaitement.

9° Relèvement des conditions de vie des classes laborieuses.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT (Pr.). — Le travail des femmes et principalement des femmes enceintes dans les usines de guerre à Toulouse (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1918).
- Année Sociale.* — Chapitre « Travail féminin », 1933 et 1934-1935 (Editions du B. I. T.).
- AZNARD (S.). — Une nouvelle forme d'assurances sociales en Espagne : l'assurance-maternité (Revue internationale du travail, 1929).
- BACHIMONT (Fr.-Ch.). — Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine (Thèse de Paris, 1898).
- BERNSON. — Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches (Thèse de Lille, 1899).
- BLOCH (L.). — De l'insuffisante protection de la maternité dans la classe pauvre (Thèse de Nancy, 1920).
- BRINDEAU. — Deux cas d'anémie pernicieuse gravidique. (Annales d'hygiène publique, 1931).
- CAZENEUVE. — Où en sommes-nous de la protection maternelle et infantile (*Avenir Médical*, 1929).
- COUVELAIRE (Pr.). — Protection médicale et sociale de la femme enceinte (Gynécologie obstétrique, 1921).
- CONUS. — La protection de la maternité de l'enfance dans l'Union Soviétique (*Bulletin international de protection de la Maternité et Enfance*, 1933).
- DELAGRANGE. — Le travail de la femme mariée (*Revue d'hygiène et de médecine sociale*, 1934).
- Le service social et la famille comme unité économique spirituelle et morale (*Bulletin international du service social*, 1932).

Difesa Sociale. — Notice explicative de l'application de l'assurance-maternité en Italie.

FABBRY (S.). — L'assistenza alla maternita et elle infanza in Italia.

Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 1934.

FRUHHINSHOLTZ (P^r A.). — Le travail des femmes enceintes dans les usines et ateliers (*Revue médicale de l'Est*, 1921).

— Le droit physiologique du nouveau-né (*Revue médicale de l'Est*, 1924).

— La grande pitié des petits séparés (*Revue médicale de l'Est*, 1925).

GOLDSCHMIDT (H.). — L'application en Allemagne de la convention de Washington (*R. I. T.*, 1927).

HOTLTZMANN. — Influence of textile factory work on pregnancy, puerperium and health of new child (*Monat f. Gebur. U. Gyn.*, 1929).

HERZLINGER. — La morti-natalité en Meurthe-et-Moselle (Thèse de Nancy, 1935).

ICHOK. — La protection de la femme dans les industries dangereuses, insalubres et pénibles ainsi que dans le travail de nuit (*Revue l'hygiène et médecine préventive*, 1932).

Informations sociales. — Chapitre « Travail des femmes », années, 1931-32-33-34-35. (Editions B. I. T.).

Journal Officiel n° 256 du 31 octobre 1935. — Décret-loi sur les assurances sociales.

KUSTNER. — Über die Fragen der Sozialen pathologie der Mutterschaft (*Seminar der Gessundheitsfürsorge*, 1934).

LABEAUME. — Maternité et travail (*Annales d'hygiène*, 1927).

LEMIÈRE. — Les lois sociales et la maternité (*Journal de science médicale* de 1933).

LEROY (E.). — Protection du travail de la femme en Russie (*Mouvement sanitaire*, 1934).

LETELLIER. — Pour que l'ouvrière et l'employée puisse allaiter son enfant (*Annales d'hygiène publique*, 1926).

MOLINÉRY. — La protection de la mère et de l'enfant et les assurances sociales (*La Médecine internationale*, 1934).

- MOYSE. — Les assurances sociales en Meurthe-et-Moselle (Thèse de Nancy, 1934).
- PARISOT (P^r J.). — Cours oral de l'hygiène sociale, Nancy 1935.
- PIGOT. — L'assistance maternelle et la protection infantile par les assurances sociales (*Revue philanthropique*, 1931).
- PINARD (A.). — Notes pour servir à l'histoire de la puériculture pendant la grossesse (*Annales de gynécologie*, 1898).
- De la protection de l'enfance pendant les années de guerre dans le camp retranché de Paris (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1915-1916).
- PLASCHKE. — Schutz der erwerbsfähigen Mutter durch das Gesetz (*Seminar der Gesundheitsfürsorge*, 1934).
- Revue Internationale du Travail*. — Articles sur le travail des femmes, années 1927-1935.
- ROUBAKINE (A.). — La protection de la santé publique dans l'U. R. S. S. Paris, 1933.
- ROUSSEL (Y.). — La lutte contre l'abandon de l'enfant nouveau-né (Thèse de Nancy, 1929).
- ROUX-DESSAPS (A.). — La protection de la mère et de l'enfant et les assurances sociales (Thèse de Paris, 1933).
- Réglementation du travail féminin*. — Etudes et documents, (éditions B. I. T., 1931).
- SCHREIBER (G.). — La protection maternelle et infantile (*La Médecine internationale*, 1932).
- SOCOLINA (N.). — La protection de la maternité et de l'enfance en U. R. S. S. (*Bull. Inter. de la protection de l'enfance*, 1934).
- STERN (H.). — Etudes sur l'évolution légale de la maternité en France (Thèse de Paris, 1932).
- STRAUSS (P.). — Protection maternelle et infantile et les assurances sociales (*La Médecine infantile*, 1932).
- THIBERT (M.). — Crise économique et travail féminin R. I. T., 1933).
- TONI (DE). — Hygiène sociale des enfants dans l'Italie fasciste (*Revue française de puériculture*, 1935).

VIGNES (H.). — Intoxications et gestation (*Pratique médico-chirurgicale*, tome 5).

VITRY (G.). — La protection de la mère et de l'enfant en U. R. S. S.

WAEGELI. — La protection médicale et sociale de la femme enceinte (*Gynécologie et obstétrique*, 1921).

VU:

Nancy, le 28 Novembre 1935.

Le Président de Thèse,

FRUHINSHOLZ.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 28 novembre 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 29 Novembre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	5
<i>Evolution du travail féminin</i>	7
<i>L'influence du travail industriel sur la grossesse et le produit de conception</i>	13
<i>Conséquences sociales du travail féminin</i>	22
<i>La réglementation internationale du travail féminin</i>	28
<i>Allemagne</i>	32
<i>Italie</i>	34
<i>Espagne</i>	37
<i>U.R.S.S.</i>	38
<i>France</i>	42
<i>Conclusions</i>	54
<i>Bibliographie</i>	56
